

Reporte de Auditoría No: QE - 46415 - 2/12 - S

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 6.0 día(s) auditor

Fecha de reporte: 10/05/2015

Fechas de auditoría: 09/29/2015 - 10/02/2015

Código(s) IAF/NACE: 38/85.2 38/85.1 39/92.5 32/71.3
sitio: 22

Número total de empleados verificados en

Miembro (s) del Equipo Auditor Abel Hernandez - Auditor Líder, Aimee Avila Delgado
Guillermo Pisanty Marin

Alcance de Certificación: *Provision of human health services. Provision of laboratory services and provision of infrastructure and laboratory equipment loan services*

Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio

Recomendación del Equipo Auditor:							
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto							
Vigilancias: <input type="checkbox"/> Continúa <input checked="" type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
Resultados de Auditoría:	Número Total de No conformidades:	4- (4.2.3, 7.5.1(2), 8.5.2) En proceso. 3- (7.5.1 (2),7.6)	No. de N/C's Mayores:	Una	No. de N/C's Menores:	Seis	
Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación						Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)		Duración Recomendada:		Fechas Tentativas:			
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio		N/A		N/A			
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio		Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio					
<input type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento		N/A					
<i>Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.</i>							
						Si	No
¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas?						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada							
		Fecha de Inicio		Fecha de término			
Fechas para la siguiente auditoría		Sep 2016		Sep 2016			
Acuse de recibo del reporte de auditoría						Reporte Final	Borrador
Un reporte de auditoría por escrito (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre.						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Este reporte fue reconocido por la Organización?						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el Reporte Final no fue entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente:	5 Oct 2015
--	------------

Anexar o incluir con el Reporte de Auditoría:

- Plan de Auditoría
- Formato de Planeación de Auditoría (Requerido para Vigilancia, Renovación, Extensión de Alcance y Transferencias)

Díganos su opinión – Por favor complete una breve evaluación en
<http://www.abs-qe.com/survey/>

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
Instrucciones:			
1. La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría.			
2. Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de Código de Proveedor OEM <i>(únicamente TS 16949)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio: Ninguno			

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación"

Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales)	Si	No
El uso del (los) logo(s) del (los) cuerpo(s) acreditador(es) y la marca de ABS estaba en cumplimiento con las Reglas de Uso de la Marca establecidas por ABS, QE, Inc. (Si la respuesta es "No", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en el sistema de gestión certificado? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Comentarios Generales:

Durante la auditoria a la UADY al proyecto 46415 con alcance a Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio, se auditó una muestra de los laboratorios dentro del alcance

Uno de los aspectos más relevantes es la propuesta de reconfigurar la certificación de los laboratorios, para replantear el alcance.

Sitios Auditados:

[Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional](#)-Calle 60x57 No. 491-A -Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-8-0-Headquarters

[Fac. Enfermería - Lab. de Habilidades](#)-Calle 90 S/N entre 59x59 A espaldas del Hospital O'Horán--Mérida-Yucatán-México-97000-1-1-Equipment and infrastructure loan

[CCBA-Laboratorio de Herbario](#)-Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-2-0-Herbal collection

[CCBA- Laboratorio de Colecciones Zoológicas](#)-Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-1-0-Zoological collection

[CCBA- Laboratorio de Docencia](#)-Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-5-0-Equipment and infrastructure loan

[CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal](#)-Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-3-0-Laboratory services

[CCBA- Laboratorio de Zoología \(Vertebrados\)](#)-Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-2-0-Equipment and infrastructure loan

Exclusiones (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.3	Los servicios incluidos en el alcance tienen que ver con servicios médicos, análisis de laboratorio (humana y animal), préstamo de equipo e instalaciones, así como consulta de colecciones, por lo que no requieren de un diseño propiamente dicho; más bien es el cumplimiento de normativas, leyes y reglamentos.		
7.5.2	Los servicios pueden ser verificados por inspecciones, revisiones y/o pruebas.		
Procesos Sub Contratados		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. Mantenimiento y Calibración de equipo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término del turno	
Matutino	7:00	15:00	
Verpertini	15:00	20:00	
Nota: los horarios son variables para los diferentes laboratorios, pero se cubre el espectro completo de horarios con la muestra tomada.			
Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)		Si	No
¿Todos los turnos fueron auditados?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos:			

Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Verificación de acción(es) correctivas de la(s) no conformidad(es) de la auditoría anterior:

<u>Audit. No.</u>	<u>Cláusula No.</u>	<u>Item No.</u>	<u>Evidencia de implantación efectiva</u> (Indicar N/A si no hubo N/C)
R	4.2.4	1	<p>Requerimiento: Los registros deben proveer evidencia de conformidad a los requerimientos y la efectiva operación del sistema.</p> <p>No conformidad: No se pudo evidenciar a través de los registros que los reactivos utilizados en el análisis no se encontraban caducos al momento de su utilización.</p> <p>Evidencia: Prueba de Brucella en equino con número de identificación 02-138-14 – Laboratorio de Inmunología. 1 de 3 pruebas revisadas.</p> <p><u>Evidencia revisada en auditoría S-12:</u> Se implementó la acción correctiva no. AC14-CCBA-CC-05 Se definió realizar 3 actividades en principio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar si existe normatividad aplicable para el registro de caducidades 2. Integrar en los registros el número de lote y caducidad de los reactivos 3. Implementar el control de las fechas de caducidad y lote. <p>De la actividad 1 se generó una minuta concluyendo que no existe normatividad que lo requiere, y además identificaron la necesidad de incluir el registro de las soluciones utilizadas en ciertos análisis.</p> <p>De la actividad No. 2 se revisaron los formatos de diferentes laboratorios, los cuales ya incluyen el lote, la fecha de caducidad y los controles utilizados. Para el laboratorio de inmunología el formato de seguimiento de caso. Para el laboratorio de análisis clínicos el inventario de reactivos. Para el laboratorio de parasitología el control de reactivos. Para el laboratorio de nutrición animal en el inventario. Para verificar efectividad se visitaron los laboratorios de nutrición animal, análisis clínicos e inmunología, y en los tres laboratorios y en los tres casos se evidenciaron los registros desde junio de 2015 hasta el día de hoy 2 octubre implementados</p> <p><u>Se considera efectiva.</u></p>
R	7.5.1	2	<p>Requerimiento: La organización debe planificar y llevar a cabo la.... prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable:</p> <p>a) disponibilidad de información que describa las características del producto/servicio</p> <p>No conformidad: Información no disponible que describa las características del producto/servicio.</p> <p>Evidencia: En la Facultad de Medicina-Unidad de Rehabilitación- Laboratorio de Estimulación e Intervención múltiple, el producto/servicio es: Terapias de Estimulación e Intervención. Estimulación dirigida a niños aparentemente sanos de edad recién nacidos a tres años. Intervención temprana dirigida a niños con factor de riesgo o ya con un dx, de edad de recién nacido a 6 años o hasta 12 años. No se encontró disponible información acerca de que terapias son las que se aplican en el laboratorio. (por ejemplo: estímulo sensorio motor, de relajación muscular, masaje,...).</p>

			<p>AC14-FMED-CC-03. No se presenta evidencia de implementación. Se comenta que ha habido muchos cambios de personal en este laboratorio durante este año. Queda en proceso.</p>
R	4.2.3	3	<p>Requerimiento: La Norma requiere para el control de los documentos: b) Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente No conformidad: Procedimientos no actualizados Evidencia: Facultad de Medicina-Laboratorio de Análisis Clínicos Procedimientos de Química Clínica I-FMED-LAC-15 al 30 están subidos al sistema de documentación electrónico, sin embargo estos procedimientos han quedado en desuso ya que han sido sustituidos por los insertos de cada reactivo, que el personal del laboratorio tiene en una carpeta dentro del área del laboratorio. Procedimientos de Biometría Hemática I-F-MED-LAC-10 al 14 refieren que el equipo a ser usado para correr las biometrías es un CELLDYN 1700, cuando este equipo ya no está en el laboratorio y ha sido sustituido por un AlfaX Swelab, estando el procedimiento no actualizado.</p> <p>AC14-FMED-CC-01. Presentan documentos I-FMED-LAC-10 al 14 con fecha de modificación 5 y 6/Ago/15. El resto del rango de documentos reportados en la NC del 15 al 30 están cancelados y sustituidos en su conjunto por el I-FMED-LAC-40. Además se actualizo el instructivo I-FMED-LAC-38. Se considera cerrada la NC.</p>
R	7.2.1	4	<p>Requerimiento: La Organización debe determinar de los requisitos relacionados con el producto. C) Requisito legal aplicable al producto: La norma de salubridad para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos NOM-007-SSA3-2011 requiere que los Resultados deberán ir con nombre y Cédula profesional del responsable sanitario. No conformidad: Reportes de resultados de análisis clínicos que no tenían cedula profesional y nombre del responsable sanitario. Evidencia: Facultad de Medicina-Laboratorio de Análisis Clínicos Reportes de resultados EGO 081559, Biometría Hemática 081559, Químicas Sanguíneas 081559, 071810, 073818 contenían una firma faltando el nombre y la cédula profesional del responsable sanitario. 1 de 4 tipos de requerimientos que se deben determinar. AC14-FMED-CC-02. Presentan evidencia de nombre de responsable sanitario y cedula profesional de Imagenología de Oct/14, así como Laboratorio de análisis clínicos, con fecha 30/Sept/14. Presentan cambio de responsable de LAC a partir de 2015, por lo que se presenta reporte de LAC del 30/Sept/15 en el formato F-FMED-LAC-09/Rev.01. Se considera cerrada la NC.</p>
R	7.5.1	5	<p>Requerimiento: La organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable: c) El uso de equipo apropiado No conformidad: Uso de equipo no apropiado Evidencia: Facultad de Medicina-Laboratorio de Análisis Clínicos En la sección de microbiología, los sensidiscos para antibiograma lote 201010220012 para Gram + y Gram -, se encontraron con fecha de caducidad vencida a 01-junio 2012, y en uso. Menor porque su uso es muy esporádico.</p> <p>AC14-FMED-CC-04. Presentan nuevo formato sin código para el control de entradas de reactivos. Se verifica el único lote de esta lista que aparece vencido el cual es "Control de hematología (Bio-Rad)" con lote 76990, el cual no aparece en el control, comentan que ya fue desechado. Se les invita a adecuar formato, ya que el diseño no los ayuda a mantener actualizada la información,</p>

			comentando que lo están probando aun no lo han cerrado. Presentan mismo reactivo con lotes 77001, 77002 y 7703, los cuales no están registrados. Se verifica "Hematología Gluco" con lote 10176845 con caducidad 26/oct/15, control Ok. Se considera en proceso.
R	7.5.3	6	<p>Requerimiento: Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto</p> <p>No conformidad: Producto identificado de manera no adecuada</p> <p>Evidencia: CCBA- Laboratorio de Análisis Clínicos 1. En la sección de biometría hemática, cuando se realiza la cuenta diferencial, los resultados obtenidos de esta cuenta, son registrados en una hoja sin que tenga la referencia del paciente, nombre, fecha, número de caso, perdiéndose la identificación a través de la realización del producto. Casos revisados 08-537,08-482. 2. Muestra de sangre total recibida Lunes 01 de septiembre, fue rotulada sobre la servilleta que la envolvía, no siendo una forma adecuada de identificación, debido a que la servilleta se quita y la muestra quedara sin identificación. Evidencia revisada en auditoría S-12: Se implementó la acción correctiva no. AC14-CCBA-CC-03 La causa fue que no se encontraba definido en el procedimiento donde deben identificarse las muestras recibidas. Se modificó el procedimiento para la recepción, registros de muestras y entrega de resultados CCBA-UDD-01 a su versión 04. Indicando que deben identificarse con etiqueta o si está muy pequeño el contenedor, debe meterse en una bolsa de plástico e identificarla con etiqueta y marcador indeleble. Capacitaron al personal en los cambios el 10 de Octubre de 2014. La efectividad se pudo verificar visitando el laboratorio de análisis clínicos y de las muestras que estaban trabajando (2) y de las que estaban por desecharse (51) se pudo constatar que contaban con la etiqueta de identificación y uso de marcador indeleble. Se considera efectiva.</p>
R	7.6	7	<p>Requerimiento: La Bitácora de verificación de Biometrías Hemáticas requiere: Cada cuatro meses verificar el equipo con los controles de calidad.</p> <p>No conformidad: No se mostró evidencia de verificación de equipo.</p> <p>Evidencia: Facultad de Veterinaria CCBA- Laboratorio de Análisis Clínicos En la Bitácora de verificación, no se encontró registrado haber verificado el equipo con los controles de calidad de Enero a Agosto 2014 y tampoco durante el 2013. Evidencia revisada en la S-12: Se implementó la acción AC14-CCBA-CC-04 Se planteó de inicio identificar los equipos que requieren de ser verificados en todos los laboratorios, pero al estar en ese proceso, se encontraron que había confusión entre calibrar y verificar los equipos. Entonces reprogramaron la acción para incluir una primera actividad que es la de capacitarse. Se plantearon en la reprogramación las siguientes actividades- 1- Capacitación a los técnicos 2- Identificación de equipos que requieren verificación 3- Establecer un programa de verificaciones 4- Implementar el programa. Fecha tentativa de término es el 20 de Noviembre de 2015.</p>

			<p>Al día de hoy se tiene concluida la actividad 1 (7,8 y 9 de Julio 2015) y está en proceso la actividad no. 2.</p> <p><i>Abierta en proceso y tiempo de acuerdo a reprogramación.</i></p>
R	7.5.1	8	<p>La organización debe planificar y llevar a cabo la.... prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable:</p> <p>b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario</p> <p>No conformidad: Instrucción de trabajo no disponible</p> <p>Evidencia: Facultad de Química- Laboratorio de Análisis Clínicos En el laboratorio de microbiología para las pruebas de Uroanálisis, se utiliza el medio de cultivo MacConkey, este medio se produce en el mismo laboratorio y no se encontró disponible la instrucción de trabajo de como producirlo. Y cajas Petri con medio MacConkey producido en el laboratorio lote 02-septiembre-14, no se encontró establecida la fecha de caducidad. AC14-FQUI-06 NC: Instructivo no disponible para pruebas de Uro análisis. Causas: Se utilizaba el instructivo de envase de medio cultivo y este ya se había desechado. Evidencia de acciones: Se incluye en el formato F-FQUI-LAC-52 los requisitos necesarios para lleva a cabo e control y preservación de reactivos. Se integra el instructivo I-FQUI-LAC-07 Rev 11 El anexo IX se integra instrucciones del fabricante. La acción se considera adecuada y fue cerrada como efectiva</p>
R	7.5.1	9	<p>Requerimiento: El instructivo para el procesamiento de muestras del área de microbiología, I-FQUI-LAC-07 rev 09 requiere el uso de asas calibradas de 0.01 y 0.001 ml para llevar a cabo la siembra de Urocultivos. Y obtener como resultado el número de unidades formadoras de colonias.</p> <p>No conformidad: Equipo usado no identificado</p> <p>Evidencia: Facultad de Química- Laboratorio de Análisis Clínicos En el laboratorio de microbiología para las pruebas de Uroanálisis, las asas utilizadas para la siembra de Urocultivos no están identificadas con el volumen que miden,(asas de 0.01 y 0.001 ml.) CAR: AC14-FQUI-07 NC: Equipo usado no identificado (7.5.1) en áreas de microbiología. Causa: Las identificación de las asas de platino se hace por colores y no por medida Evidecia de Acciones: Se identificaron de las asas con unidades de medición Se incluye una verificación fotografica de las asas en el instructivo I-FQUI-LAC-07 Rev 11, instructivo para el procesamiento de muestras del área de microbiología. Color: 0.01 Ml, roja: 0.001 ml Asa calibrada de platino color negro y color rojo. La acción se considera adecuada y fue cerrada como efectiva</p>
R	6.3	10	<p>Requerimiento: La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto</p> <p>No conformidad: Mantenimientos no determinados</p> <p>Evidencia: Facultad de Química- Laboratorio de Análisis Clínicos No se encontró evidencia de la programación de actividades de limpieza-mantenimiento , de microscopios</p>

			<p>Utilizados para análisis de Espermatobioscopia, Microbiología, Hematología. C14-FQUI-04</p> <p>NC: Mantenimientos no determinados, no hay evidencia de la programación de actividades de limpieza-mantenimiento de microscopios utilizados en el análisis.</p> <p>Causa: Falta de formato para la programación.</p> <p>Evidencia de acciones, se aplicó la bitácora de mantenimiento. F-FQUI-LAC-96</p> <p>Incluye: mantenimientos semanales y mensuales de limpieza y cambio de lámparas.</p> <p>Se mantienen en vigilancia permanente</p> <p>La acción se considera adecuada y fue cerrada como efectiva</p>
R	6.3	11	<p>Requerimiento: En la instrucción de trabajo I-FQUI-LAC-08 para la realización de la prueba Espermatobioscopia, fue establecido: Medir con pipeta Pasteur graduada el volumen de esperma.</p> <p>No conformidad: Pipeta Pasteur no existente en el laboratorio</p> <p>Evidencia: Facultad de Química- Laboratorio de Análisis Clínicos La medición de esperma en la realización de Espermatobioscopias, se lleva a cabo utilizando micropipetas de máximo 1 mililitro de capacidad, cuando las muestras de esperma pueden ser de hasta 4 mililitros.</p> <p>CAR: AC14-FQUI-05</p> <p>NC: Pipeta Pasteur no existente en el laboratorio (6.3)</p> <p>Causa: Falta de actualización de instructivo</p> <p>Evidencia: Se actualizaron las instrucciones de espermatobioscopias I-FQUI-LAC-08, se integran valores de referencia</p> <p>Documentos actualizados en pagina WEB Sharepoint.</p> <p>La acción se considera adecuada y fue cerrada como efectiva</p>
R	8.2.4	12	<p>Requerimiento: La instrucción de trabajo I-FQUI-LAC-05 rev 09 para el Procesamiento de muestras del área de Inmunología establece como criterio de aceptación: Muestras hemolizadas no procesar.</p> <p>No conformidad: Criterio de aceptación no seguido</p> <p>Evidencia: Facultad de Química- Laboratorio de Análisis Clínicos Área de Inmunología. Las muestras 610 y 619, estaban listas para ser procesadas, en el equipo COBAS 411, y presentaban grado de hemólisis.</p> <p>CAR: AC14-FQUI08-</p> <p>Causa: Falta de criterios específicos (Rango)</p> <p>Evidencia de acciones: Establecio criterio de aceptación: I-FQUI-LAC-05 con grados de aceptación.</p> <p>Evidencia: Instructivo revisión 10, 03/10/2014, se generaron criterios con tolerancias.</p> <p>Los folio 52180 y 52185 formato I-FQUI-LAC-03 rev 11.</p> <p>La acción se considera adecuada y fue cerrada como efectiva</p>

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es)

46415-1/36 R 7.5.1

46415-1/36 R 7.5.1

46415-1/36 R 7.6

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: N/A

Procesos / Funciones Auditados:

<p>Procesos (para SGC): Administración de SGC Auditorías Internas Facultad de Medicina, Coordinación General de Salud, CIR, Facultad de Química, Campus de Ciencias Biológicas (CCBA)</p>
<p>Métricos de desempeño: Cumplir con programa de auditoria</p>
<p>Entradas: Resultados de auditorías previas Estatus de procesos</p>
<p>Salidas: Reportes de auditoria</p>
<p>Documentos/Registros: P-DGPLANEI-CC-03 Auditorías internas Rev 8, 19 Mar 2015 F-DGPLANEI-CC-09 Programa anua de auditorias F-DGPLANEI-CC-10 Plan de auditorias F-DGPLANEI-CC-12 Lista de Auditoria Interna</p>
<p>Notas de Auditoría: Auditorías al menos una vez al año, para incrementar la frecuencia deben ser 5 no conformidades o que represente una afectación del servicio.</p> <p>Auditorías internas Fac. Enfermería Mayo 2015 y Agosto 2015 Mayo: 25 al 29 Reporte de auditorías del 2015 Folio AI15-FENF-01 Provisión de servicios de laboratorio y préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio. F-DGPLANEI-CC-12 Lista de hallazgos de auditoria NC/C/OM= Equipo auditor: Said Cardenas (DGPLANEI) – Auditor Líder Auditor: Provisión de servicios financieros materiales y humanos Ermila Moo Auditor líder Administración de personal, Área: Diseño y provisión de servicios de tecnologías Centro de Tecnología de Información Angel Arroyo (Matemáticas) Cláusulas de referencia 4.2.4,</p> <p>Área: Lab. De habilidades Laura Dioné Ortiz (Fac Enfermería) Clausulas, hallazgos. Refiere los servicios proporcionados No integra la cláusula relacionada.</p> <p>Área: Dirección, Coordinación de documentos, Auditorías Internas, Lab. De habilidades Audito: Karla Patricia Hernandez (Fac. Enfermería). Incluye control de documentos Auditorías internas NC: No se mantienen los registros, Mejorar: Evidencia de la auditoria y clausulas relacionadas.</p> <p>Fac Química</p>

Auditorías al menos una vez al año, para incrementar la frecuencia deben ser 5 no conformidades o que represente una afectación del servicio.

Auditorías internas

Se integran no conformidades y fortalezas.

Noviembre: 18 a 24 2014

Reporte de auditorías del 2014 Folio AI14-FQUI-01

Provisión de servicios de laboratorio y préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio.

Compras, auditor: Diana Reyes (Centro de Información)

Dirección (Nubia Rivero)

Competencia del personal (Equipo auditor).

Laboratorio de análisis clínicos: Auditor: Gabriel Montero Lara.

Registros de los reactivos 4.2.4

Ambiente de trabajo 6.4 uso zapato, cabello corto

Identificación de neveras con R.P.B.I (7.2.1)

Auditorías Internas Medicina

Auditorías internas AI15-FMED-01 del 18 al 30 de Junio.

Áreas auditadas

5 laboratorios y Almacén.

7 NC (4.2.3, 6.2.2, N/A = NOM = 6.3, no están referidas las normas NOM como no conformidades)

Compras, Almacén, Auditor Fibi Yenice – Área de nutrición.

Laboratorio: Laboratorio de enfermedades infecciosas y parasitarias, Auditor: Francisco Suluchi.

Coordinación de Auditorías, Said Cardenas

Provisión del servicio, Nina Valadez Gonzalez

Mejorar evidencia de auditoria

Auditorías Internas. CIR

Auditorías internas AI15-CIRB-01

Competencia de personal, Auditor Said Cardenas, Pilar Rosado, Nina Valadez

Coordinación de Auditorías, Said Cardenas

Provisión del servicio, Nina Valadez Gonzalez

Mejorar evidencia de auditoria

CCBA

AI16-CCBA-02

Proceso auditado

Lab. De análisis clínico. Auditor Análisis Clínicos.

Secretaria Administrativa, Auditor José Durán Mukul

Coordinación de documentos, Auditor: Gloria Cetz.

Competencia del personal, Auditor QI Wendy Viridiana Couoh.

Auditorías Internas, Madelaine Arjona

Dirección, Auditor Carlos Canul

Laboratorio de Parasitología (LP), auditor Candita Euán Canu

Acciones correctiva de Auditorías internas

Se emitieron 3 NC del Laboratorio de Docencia

NC: Deterioro de techos del laboratorio por las lluvias se está filtrando agua en el área reactivos

Corrección: Avisar al coordinador

Causa: No se han reparado los techos

ACCION: Reconstrucción de unión de techos de área de reactivos

AC15-CCBA-LD-04

NC: NO se entregan los manuales a los profesores
 Corrección: Comunicarles por escrito.
 Causa: NO está dentro del alcance de los técnicos
 Acción: Realizar un escrito con copia y firma de recibido a todos los coordinadores

<p>Procesos (para SGC): Administración del Sistema de Administración de calidad Acciones Correctivas y Preventivas Facultad de Medicina, Coordinación General de Salud, CIR, Facultad de Química, Campus de Ciencias Biológicas (CCBA)</p>			
<p>Métricos de desempeño: Cumplir en tiempos las acciones correctivas y preventivas</p>			
<p>Entradas: Resultados de medición de procesos, sistema, servicio y cliente</p>			
<p>Salidas: Acciones correctivas, preventivas y mejora</p>			
<p>Documentos/Registros: P-DGPLANEI-CC-08 Acciones correctivas Rev. 02 19 Mar 2015 F-DGPLANEI-CC-15 Acciones correctivas y Preventivas</p>			
<p>Notas de Auditoría: Acciones Correctivas. Derivadas de auditorías internas Fac Enfermería Folio: AC15-FENF-CC-01 Emisión 01/06/2015 vence el 30/09/2015 NC: Registros de auditoria interna no localizados (4.2.4) Causa: Desconocimiento de la elaboración de la lista de hallazgos a los auditores es formación. Acciones: Sensibilización a nuevo auditoria. En proceso. Derivadas de auditoria Externa F NC: NO se tiene definidos por criterios para selección y evaluación de proveedores de servicios de mantenimiento de equipo para el laboratorio de Habilidades en la facultad de Enfermería Causa: No se contempló en el alcance de proveedores e mantenimiento. Acción: Establecer los criterios y aplicarlos. Evidencia de implantación: Procedimiento con los criterios P-FENF-SAD-02 punto 3.4 tiempo de entrega, marca y garantía. Formato de evaluación F-FENF-SAD-17 rev 0 Criterios selección: Cotización para evaluar, Precio, tiempo de entrega y garantía Evaluación tiempo de entrega y servicio.</p>			
<p>Muestra de proveedores evaluados: el único que da servicio</p>			
Proveedor / Insumo	Selección	Evaluación	Estatus
Sistem Biomédica Mantenimiento de equipos de laboratorio	Cotización para evaluar, Precio, tiempo de entrega y garantía	90%	Cumple
<p>Criterios de evaluación y re evaluación. 90 a 100 Aceptable 80 a 89 Aceptable con exhorto Meno de 80 no aceptable</p>			

Fac Química: Acciones Correctivas.

Derivadas de auditoria Externa

AC14-FQUI08-

NC: Criterios de aceptación no seguido (8.2.4)

Causa: Falta de criterios específicos (Rango)

Acción: Establecer criterio de aceptación: I-FQUI-LAC-05 con grados de aceptación.

Evidencia: Instructivo revisión 10, 03/10/2014, se generaron criterios con tolerancias.

Los folio 52180 y 52185 formato I-FQUI-LAC-03 rev 11.

Cumple.

AC14-FQUI-07

NC: Equipo usado no identificado (7.5.1) en áreas de microbiología.

Causa: Las identificación de las asas de platino se hace por colores y no por medida

Acciones: Identificación de las asas con unidades de medición

Verificación se incluyen fotografías de las asas en el instructivo I-FQUI-LAC-07 Rev 11, instructivo para el procesamiento de muestras del área de microbiología.

Color: 0.01 ML, roja: 0.001 ml

Asa calibrada de platino color negro y color rojo.

AC14-FQUI-05

NC: Pipeta Pasteur no existente en el laboratorio (6.3)

Causa: Falta de actualización de instructivo de espermatobioscopias I-FQUI-LAC-08

Acciones: Actualizar instrucción, se integran valores de referencia

Evidencia: Documentos actualizados en página WEB Share point.

AC14-FQUI-06

NC: Instructivo no disponible para pruebas de Uro análisis.

Causas: Se utilizaba el instructivo de envase de medio cultivo y este ya se había desechado.

Acciones: Incluir en el formato F-FQUI-LAC-52 los requisitos necesarios para lleva a cabo e control y preservación de reactivos.

Evidencia: Se integra el instructivo I-FQUI-LAC-07 Rev 11

El anexo IX se integra instrucciones del fabricante.

C14-FQUI-04

NC: Mantenimientos no determinados, no hay evidencia de la programación de actividades de limpieza- mantenimiento de microscopios utilizados en el análisis.

Causa: Falta de formato para la programación.

Acción: aplicar bitácora de mantenimiento. F-FQUI-LAC-96

Incluye: mantenimientos semanales y mensuales de limpieza y cambio de lámparas.

Se mantienen en vigilancia permanente

Acciones correctiva de Auditorías internas CCBA

Se emitieron 3 NC del Laboratorio de Docencia

NC: Deterioro de techos del laboratorio por las lluvias se está filtrando agua en el área reactivos

Corrección: Avisar al coordinador

Causa: No se han reparado los techos

ACCION: Reconstrucción de unión de techos de área de reactivos

AC15-CCBA-LD-04

NC: NO se entregan los manuales a los profesores

Corrección: Comunicarles por escrito.

Causa: NO está dentro del alcance de los técnicos

Acción: Realizar un escrito con copia y firma de recibido a todos los coordinadores

Derivadas de auditoria Externa (Medicina. Ver acciones de seguimiento)

Acciones Preventivas o Mejoras

Derivadas de Análisis de datos y revisiones gerenciales

Folio: AP15-FENF-LH-01

Prevenir la desconexión del equipo en laboratorio

Causas: falta de métodos y personal entrenado

Acciones: elaborar relación de equipo que requiere fuente de energía y señalización.

En proceso pendiente por cierre, hay evidencia actual de identificación

Acciones Preventivas o Mejoras CIR

Enero.Mayo 2015

AC: 1

NC: Control de registros de revisión por la dirección

CAR: Folio: AC15-CIRB-AADC-01

Causa: Desconocimiento del procedimiento

Acciones: Subir AADC los calendarios de revisión por la dirección 2012, 13 y 14

AP: 1

Acciones preventivas

AP-CIRB-AACD-01

AP: Mantenimientos preventivos para evitar fallas de proceso

Mejoras: 3 mejoras

AM15-CIRB-AADC-01: Adquisición de microscopio tri ocular biológico en la Tablet con micro cámara de 5 mega pixeles.

AM15-CIRB-AADC-02: Adquisición de mobiliario para la toma de muestra

AM15-CIRB-AADC-03: Renovación del equipo para efectuar pruebas de coagulación.

Acciones correctivas. Fac. Medicina

Una auditorias y Acciones Correctivas revisadas en la auditoria de seguimiento

AP15-FMED-LAC-01

CCBA

Acciones adicionales se revisaron en la auditoria de seguimiento de este reporte

AC15-CCBA-LD-04

NC: NO se entregan los manuales a los profesores

Corrección: Comunicarles por escrito.

Causa: NO está dentro del alcance de los técnicos

Acción: Realizar un escrito con copia y firma de recibido a todos los coordinadores

Conclusión

NC: relacionada con ac por falta de producto no conforme

Procesos (para SGC): Administración del Sistema de Administración de calidad

Revisión por la dirección

Facultad de Medicina, **Coordinación General de Salud**, CIR,

Facultad de Química, Campus de Ciencias Biológicas (CCBA)				
Métricos de desempeño: Ver métricos en sección de Desempeño y análisis de indicadores en las notas				
Entradas: Resultados de la medición del sistema, proceso, servicio y usuarios (Clientes)				
Salidas: Decisiones y acciones para la mejora del sistema de gestión de calidad				
Documentos/Registros: P-DGPLANEI-CC-07 Rev 05 19 Mar 2015 Minutas de apertura Lista de asistencia F-DGPLANEI-CC-24 Minuta de Cierre Listas de verificación				
Notas de Auditoría:				
Revisión por la dirección. CIR				
La alta dirección encabezada por la Directora: Jorge Zavala Frecuencia: Semestral La última fue Mayo y Noviembre más reuniones extraordinarias. Revisión de avances de acciones correctivas Cumplimiento de acuerdos Análisis de satisfacción de usuarios Documentación de acciones correctivas Durante la auditora interna se reportaron 3 NC Relacionadas con 4.2.4, 6.4 y 7.2.1 c)				
Objetivo	Meta 2015	2015	2014	Estatus.
Satisfacción de los usuarios En nivel de excelencia	>92% Nivel de excelente	96.4	92.78	Enero abril cumple Mejorado con Encuesta telefonica 97.4%
Mantener anualmente el desempeño analítico del programa de evaluación externa	80%	80.8%	85.5	Inciuye: Quimica Sanguinea, Morfologia, Parámetros citometría.
Documentación de acciones correctivas Durante la auditora interna se reportaron 3 NC Relacionadas con 4.2.4, 6.4 y 7.2.1 c)				
Revisión por la dirección Fac. Enfermería				
La alta dirección encabezada por la Directora de Enfermería. Silvia Corola Frecuencia: semestral Primera revisión del 2015: 6 Julio				
Entradas:				
Entrada	Análisis	Resultados		
Resultados de auditorías	Se determina que la evidencia de las auditorías internas denotan falta de entrenamiento a los auditores	Minuta de acuerdos Capacitación de nuevos integrantes		
Retroalimentación del usuario	Mejoro y se ajusta	Modificado 85% a 93		
Estatus de AC y AP	AC de toda la facultad 12 2 cerradas y 10 en procesos AP=3 Mejora: 4	Se enfocan en preventivas.		

Desempeño de los procesos		
Indicadores	2015 (Meta)	2014
Alcanzar y mantener el índice de satisfacción del usuario	93% Real:	94%
Solicitudes atendidas	1359	4573 / atendidas al 100%
Cambios o mejoras que pueden afectar o mejorar el resultados	En base a mediciones de sistema, proceso	Mejoras a las espacios de personal y alumnos (infraestructura) Un edificio nuevo. Con 15 aulas y espacio ara las coordinadoras. Reinstalación de servicios de red

Conclusión

Áreas de mejora: Mejorar la evidencia de los reportes de auditoria y las cláusulas relacionada a los procesos principales.

Métricos de desempeño Fac. Química

Revisión por la dirección Fac. Química

La alta dirección encabezada por la Directora: Zulema Osiris Castellón Frecuencia: Anual y seguimiento mensual.

La última fue en Julio 2015

Revisión de avances de acciones correctivas

Cumplimiento de acuerdos

Análisis de satisfacción de usuarios

Documentación de acciones correctivas

Objetivo	Meta 2015	2015	2014	Estatus.
No exceder anualmente los servicios conformes en el total de estudios de lab.	>0 0.36%	Ene=0 Feb=.07 = 2 Mar=.18 = 13 Abr=.55 = 31 May=.48 = 29	.26	Tipo de errores. Naturaleza e ka no conformidad Error de datos de los analisis % de tiempo de protombina se capturo 113.2% en lugar de 124.2% marzo orden 51302 Los neutrofilos de la formula leucocitaria en cifras absolutas de la citometria hematica se capturo 2960 y debe ser 2860. Abril en el examen general de orina se duplico el resultado de las bacterias orden 51985 Orde 51928 examen general de orina se repotarn celulas epiteliales pavimentosas 0 y debe ser 21
Mantener el Nivel de excelenci por el programa PACAL Progmada de Asegurmieno de calidad	Diploma anual de todas las areas. En proceso		Diploma de excelencia	Cumple Incluye Quimica clinica, Hemaologia, Parasitologia,

				bacteriología, Inmunología, Uroanálisis, coagulación y citometría H.
Índice de satisfacción de usuario entre bueno y excelente	Paciente 95% Medicos 85%	97.28 98.61	98.40% 85.8%	Cumple
Operar anualmente con la satisfacción del usuario médico, al menos uno de los estudios que son subrogados.	90%	100%	100%	

Revisión por la dirección. Coordinación General de Salud

Frecuencia: Semestral

La última fue Julio y Diciembre más reuniones extraordinarias 1 julio 2015

Retroalimentación del cliente ver ICR

Resultados de auditorías

Estatus de AC y AP

AC 1

Relacionada con Registro no completos

Causa: Falta de supervisión,

AP 0

Objetivo	Meta 2015	2015	2014	Estatus.
Incrementar el número de usuarios en el sistema de solicitud de citas médicas vía WEB	15%	22%	25.34	Cumple
Lograr la actualización del personal	20%	10% Ene-May		En proceso
Índice de satisfacción de usuario Consulta externa	90%	94%	93%	Cumple
Índice de satisfacción de usuario Recepción y trámites	90%	97%	93%	Cumple
Índice de satisfacción de usuario Enfermería	90%	98.5%	94.25	Cumple

Decisiones y acciones Coordinación

Acuerdos: Coordinación General de Salud.

Identificar a los procesos a considerar en la reestructuración del SGC.

Métricos de desempeño Fac. Medicina.

Revisión por la dirección. Medicina

Frecuencia: Semestral

La última fue Julio y Diciembre más reuniones extraordinarias.

1 julio 2015

Minuta 11.

Acuerdos: Realizar reunión informativa con los responsables para analizar los datos

Objetivo	Meta 2015	2015	2014	Estatus.
Atención en la recepción, Tiempo espera, Atención del profesional de la salud, limpieza de instalaciones Meta:	lograr la excelencia del 100% de los encuestados	95%	92%	Mejora un 2%
Incorporar anualmente a los programas de auto cuidado al	80%	32%	-	Se inicia en 2015

80% de los alumnos de nuevo ingreso detectados en riesgo.				Mejorar enfoque de metrico, no depende de la dependencia 100%
---	--	--	--	---

Revisión por la Dirección: CCBA cuatrimestral
Última revisión realizada: 28 Ago 2015.
Resultados de auditorías internas 2014. 7 NC internas y 3 externas

Retroalimentación del usuario entre Bueno y Excelente
Ejemplo de algunos laboratorios evaluados
Colecciones Zoológicas: 97%
Herbario: 97%
Servicio LAC (Biometrias eméticas) 98%
Laboratorios Bacteriología : 100%

Desempeño de los procesos y conformidad del servicio
Estatus de AC y AP
Acciones de seguimiento de auditorias previas
Cambios que pueden afectar al SGC
Recomendaciones de mejora

Acuerdo:
Nuevos suelos y agua
Re estructuración de sacar de la certificación los laboratorios
Identificar a los procesos a considerar en la reestructuración del SGC.

CCBA

Procesos (para SGC): Laboratorio de Docencia Préstamo de equipo			
Métricos de desempeño:			
Objetivo	Meta 2015	Estatus actual 2015	2014
Índice de satisfacción de usuario Excelente - Bueno	95%	92% E-44.7 % B-45.7% R- 6% M-1,7	89%
Entradas: Solicitud de préstamo de materiales y equipo			
Salidas: Préstamo de equipo y materiales			
Documentos/Registros: P-CCBA-LD-03 Prestamos de material y equipo de laboratorio F-CCBA-LD-05 Formato de préstamo de material F-CCBA-LD-04 Bitácora de registro de usuarios de equipo de campo de LD F-CCBA-LD_01 Solicita de laboratorio			
Notas de Auditoría: Se revisaron los controles para préstamo para alumnos y profesores Solicitud de servicio de laboratorio			

P-CCBA-LD-01 programación y preparación del laboratorio para la realización de la practica			
Política: 3.5 Establece que con una semana de anticipación debe notificarse el cambio de la practica			
No de practica	Título de practica	Material, reactivo y equipo a utilizar	Estatus
1/ 14 Julio 2015 Fecha de la practica: 1Sep2015 numero 36	Evaluación de Semen Medicina Veterinaria	Microscopio, platina de calentamiento,	No se aplicó.
Solicitud 6 Ago 2015 Practica 4 del 30 sep 2015	Zooplacton Estuarino	Balanza Analítica	No se aplico
Solicitud 3 Julio Practica. 1, 30 Sep 2015	Curso de identificación de macro hongos	Microscopios ópticos Cajas Petri, pinzas	No se aplico
Solicitud: 30 Junio Practica 1: 17 Ago 2015	Estructuras de adaptación de las plantas al medio terrestre	6 Microscopio ópticos 6 micros estereoscópicos+12 agujas de disección 12 microcintas Material biológico Solicitud 7524 Material completo.	Cumple
Sol: 10 Jul 2015 Practica 2 del 24 Ago 2015	Características morfológicas de briofitas	5 Estereoscopios 1 caja Petri Solicitud 7644 Material completo.	Cumple
Control de reactivos, se muestran condiciones de almacenamiento aceptable idetidicado por clave, color y existencia, mejorar control de inventarios.			
Conclusión: La auditoría se realizó de acuerdo con los lineamientos establecidos en el laboratorio se muestra cumplimiento aceptable, sin embargo una no conformidad relacionada con Control del servicio de préstamo bajo condiciones controladas (Ver sección de RAC de este reporte)			

Procesos (para SGC): Laboratorios Herbario				
Métricos de desempeño:				
Objetivo	Meta 2015	Estatus actual 2015		2014
Evaluación de usuarios entre Excelente y Bueno	98%	100%	E-82.1	E-90.6%
		Ene-Abr	B-19.9	B- 06.0%
		100% My-Ago	E-97.5 B-02.5	R-03,1%
Entradas: Solicitud de préstamo de material				
Salidas: Préstamo de materiales				
Documentos/Registros: Procedimientos: P-CCBA-HER-01 Préstamo de material de Herbario F-CCBA-HER-06 Formato de préstamo de material de herbario P-Consulta de base de datos de información botánica P-PCCBA-HER-03 Visitas guiadas P-PCCBA-HER-04 Consulta de ejemplares				
Notas de Auditoría: Préstamo de material				
Solicitud de servicio	Material	Fecha de devolución	Estatus	

75	Cartones sin codigo	9/10/15	En proceso
76	Tijera podadora	13/10/15	En proceso
77	Prensa botánica	2/10/15	En proceso
01	Cinta biométrica	6/01/15	Devolución 15/01/15
02	Cuerda para prensa	23/02/15	Devolución 23/02 /15

Consulta de base de datos

Solicitud de servicio	Consulta de plantas	Fecha:	Estatus
01	Nombre científico y localidad	13 02/15	Cumple
05	Habito, familia,	23/09/2015	

Visitas Guiadas

Solicitud de servicio	Visita guiada	Fecha:	Estatus
01	Instituto tecnológico de Conkal	2/03/15	cumple
06	CCBA-UADY	1/07/15	Cumple

Consulta de ejemplares

Solicitud de servicio	Consulta	Fecha:	Estatus
01	plantas	12/02/15	cumple
30	Plantas	22/05/15	Cumple

Conclusión:

La auditoría se realizó de acuerdo con los lineamientos establecidos en el laboratorio se muestra cumplimiento aceptable.

Procesos (para SGC): Lab. De Nutrición Animal.			
Métricos de desempeño:			
Objetivo	Meta	Actual	Comentarios
Satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos	98%	75%	Resultado Enero-Abril 2015 En proceso de mejora
Entradas: Requerimientos de análisis de muestra			
Salidas: Análisis de alimentos			
Documentos/Registros: P-CCBA-LNA-01 Recepción y registro de muestras F-CCBA-LNA-28 Bitácora de control de temperaturas P-CCBA-LNA-02 Análisis de muestras P-CCBA-LNA-03 Entrega de resultados P-DGPLANEI-CC-01 Control de documentos			
Notas de Auditoría: P-CCBA-LNA-01 Recepción y registro de muestras Almacenamiento de la muestra			

F-CCBA-LNA-28 Bitácora de control de temperaturas
F-CCBA-LNA-01 Solicitud de servicio de laboratorio
F-CCBA-LNA-05 Orden de servicio

Alcance: Materia Seca, proteína cruda, cenizas, fibras y lignina, extracto etéreo, minerales.

No de Servicio Código de las muestras	Nombre	Análisis solicitado y Hoja de reporte de resultados	Equipo Usado Estatus
702	Crecimiento Coeficiente de variación Usuario: Externo Ricardo Arrigunaga.	Materia Seca: I-CCBA- LNA-01 Referencia normativa: NMX-Y-098-SCFI-2001 Determinación de humedad de alimentos terminados e ingredientes para animales Actual: PROY-NMX-098- 2012	Balanza analítica Estufa.
673	FOGYSA	I-CCBA-LNA-04 Análisis de minerales. NMX-Y.093-SCFI-2003 Determinación de cenizas NMX-Y-021-SCFI-2003 Calcio SCFI-Y-100-CSFI-2004 Fosforo	Balanza analítica Estufa. Espectro

Equipo de medición

Clave	Nombre	Modelo/Serie	Vigencia calibración Informe	de	Estatus
LNA-04	Balanza Analítica 4	Explores EP-214 283112933061	4 Nov.		Certificado CyC LM 598-14 y reporte de verificación interna
LNA-2	Espectro UV/VIS 2	L7110192	25jun		informe-LB-I- 062/2015 serie B0192L-1305
LNA-02	Termómetro de mercurio 2	Branan	2oct		CyC LM 626-14

Conclusión:

La auditoría se realizó de acuerdo con los lineamientos establecidos en el laboratorio se muestra cumplimiento aceptable, sin embargo una no conformidad relacionada con control de documentos de origen externo fue emitida (Ver sección de RAC de este reporte)

Procesos (para SGC): Laboratorio de Zoología (Vertebrados).
Préstamo e instalaciones de equipo

Métricos de desempeño: Se complementa c

Objetivo	Meta 2015	Estatus actual 2015	2014
Satisfacción de usuarios	Excelente 70%	Ene- Abr 84.1% Mayo- Ago 97.2%	74.5%
Cero Quejas			
Entradas: Solicitud de servicio			
Salidas: Servicios y préstamos de equipo			
Documentos/Registros: P-CCBA-LZOO-01 Préstamo y equipo de laboratorio de Zoología F-CCBA-LZOO-10 Registro de temperaturas.			
Notas de Auditoría: Se revisaron los controles para prestación del servicio			
No de Servicio	Nombre del solicitante	Servicio	Equipo Usado Estatus
109	Juan Chable Santo	Resguardo de material en congelador	Congelador numero 2 Control de temperatura.
99	Juan Chable	Curación de Ave y resguardo en sección de aves	N/A
89	Lizabeth	Curación de material de ingreso en sección de peces	Cubeta 74
79	Erendira Estrella	Resguardo de ejemplares	Congelador num 1.
Control de temperatura septiembre 2015, termómetro 59301, con rangos de temperatura controlada del -28 a -18.			
Equipo de conservación de mantenimiento preventivo. Mensual, Congelador Núm. 1. Serie: WB01048602			
Conclusión: La auditoría se realizó de acuerdo con los lineamientos establecidos en el laboratorio de se muestra cumplimiento aceptable			

Procesos (para SGC): Facultad de enfermería. Procesos relacionados con los clientes. (Realización del servicio, control de equipo de medición, control de producto no conforme, medición de satisfacción)
Métricos de desempeño: Solicitudes de usuarios (sin meta)
Entradas: Programación de los docentes
Salidas: Listas de cotejo evaluadas
Documentos/Registros: F-FENF-LH-01/Rev.03 Solicitud de materiales y equipo para uso interno F-FENF-LH-02/Rev.03 Solicitud de materiales y equipo para uso externo P-FEMF-LH-01 Rev. 02 Procedimiento para el préstamo de material y equipo F-FENF-LH-04 Rev. 03 Agenda de registro del área física del laboratorio F-FENF-LH-05 Rev.01 Registro de turnos F-FENF-LH-12 Rev.00 Registro de control de llaves de los lockers
Notas de Auditoría: Al inicio del semestre los docentes entregan cronograma de prácticas y evaluaciones al laboratorio. Con este programa, los estudiantes se presentan al laboratorio a solicitar los materiales requeridos, los cuales son proporcionados por los docentes en la clase teórica. Se agenda en el formato 04, se presentan los alumnos, en el horario que programaron (Registrándose en el formato 05 y 12) y recogen el material solicitado, el cual fue preparado el día anterior. Realizan la práctica y devuelven el material. El formato 01 es firmado a la entrega

y devolución de los materiales por parte del alumno y del responsable. Saca sus materiales y firma salida en formato 05.

Al mismo tiempo solicitan el área física para la realización de la práctica, utilizando formato 03.

Evidencia:

- Presentan programa docente con 16 practicantes el 2/Oct/15 para 1er año.
- Solicitudes de material de los estudiantes y solicitudes de uso de área. Se verifica el material preparado para la práctica de vendajes con la solicitud de Tatiana Salazar, programada 2/Oct/15 a las 4 p.m. estando Ok. Se verifica también la solicitud de Shaira García para la práctica de administración de medicamentos a las 4 p.m. estando Ok.
- Ambas estudiantes aparecen adecuadamente programadas en formato 04.
- Solicitud de área física ok.

Encuestas de satisfacción.

Las encuestas son aplicadas a 1 de cada 10 servicios prestados, entregándole al alumno el formato para su llenado. Consta de 4 preguntas (5 preguntas el año pasado) con escala del 1 al 5 y área de sugerencias y datos personales voluntarios. El semestre pasado se esperaban (según mecánica expuesta) alrededor de 160 a 170 encuestas contestadas, recibiendo únicamente 64 encuestas. Análisis de resultados: 97% tiempo de respuesta entre excelente y bueno. 96% de disposición del personal entre excelente y bueno. 81% de limpieza de las instalaciones entre excelente y bueno. 97% equipo y material para práctica entre excelente y bueno. Ambiente de trabajo con 97% entre excelente y bueno. En función de ello, se levantó la acción correctiva AC-15-FENF-LH-01, cerrándola el 30/Ago/15 con la asignación de nuevo intendente, mostrando oficio de asignación con fecha 14/Ago/15.

Equipo de medición.

Cuentan con más de 100 equipos. El sistema está diseñado para realizar una revisión anual a los equipos enfocada al mantenimiento de estos y en función del resultado, se puede detectar la necesidad de calibración. El programa de 2015 está programado como mantenimientos, pero la realidad es que son revisiones, incluyendo limpieza del equipo. Presentan el registro de 1 equipo descompuesto, con registro de fecha de realización del mantenimiento y arreglo del equipo. Así mismo presenta 8 equipos pendientes de arreglar, identificados con etiqueta roja Ok.

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Provisión de servicio/ Procesos relacionados con los clientes / Medición de la satisfacción del cliente – **Laboratorio de Colecciones Zoológicas**

Métricos de desempeño: Satisfacción del cliente – Último resultado – 88.6 % Excelente/10.2% Bueno

Entradas: Solicitudes de servicio

Salidas: Registros y bitácoras

Documentos/Registros: Lineamientos interno de colecciones zoológicas L-CCBA-C200-01

Notas de Auditoría:

Básicamente las actividades de este laboratorio es la conservación de especies y partes de animales para su uso en consulta e investigaciones. También se reciben visitas de alumnos y personal externo.

Se revisaron las actividades de altas, identificación de materiales y el control del inventario el cual se lleva en hojas de excell. Se revisaron las condiciones de temperatura y humedad del laboratorio, las cuales se encontraron dentro del rango establecido en los lineamientos internos a fin de permitir su conservación.

En 3 ingresos de materiales recibidos en octubre de 2014 no se pudo precisar la cantidad, el tipo y características generales de estos. Solo se registra la fecha de ingreso y datos no relevantes que permitan llevar un control preciso de lo que está ingresando.

Así mismo, en el inventario en excell para colecciones didácticas no se precisa al menos la especie a la cual pertenece el ejemplar. Debido a esto se generó una no conformidad.

Se tomó una muestra de 3 ejemplares para localizarlos, y pudieron ser encontrados. Sin embargo, su localización pudo ser realizada porque la responsable ubica donde está cada material, y no precisamente porque el sistema establecido permita realizarlo.

Respecto a las visitas guiadas, se revisaron básicamente las encuestas de satisfacción, las cuales mostraron satisfacción con el servicio.

Tanto las visitas, como los servicios de consulta y préstamos son registrados en la bitácora de servicios.

Se revisaron las evidencias de fumigación y sanitización periódica, y se encontraron evidencias de marzo y junio de 2015.

Salvo por la no conformidad detectada, el proceso se encontró en cumplimiento.

Avance hacia la mejora continua

La UADY en el alcance de certificación evaluado: *Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio, mantiene un proceso de mejora continua a través de estandarización.*

Oportunidades de mejora

Aspectos que sin llegar a ser no conformidades demandan atención.

- OBJETIVOS DE CALIDAD: Mejorar el enfoque de indicadores de desempeño que sean convenientes y generen valor, adecuados al objetivo del área o dependencia y eficaces que al cumplirse se logre la meta y contribuya a la mejora continua del sistema de calidad (Ejemplo: Métrico de control de producto no conforme en Fac. de Química, Objetivos de nuevos alumnos en programa de salud de la fac. de medicina).
- AUDITORIAS INTERNAS: Mejorar la evidencia y referencia de cláusulas en las lista de verificación.

Resumen de desempeño (Requerido para auditorías de vigilancia y renovación)

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

Registre los resultados de su revisión abajo.

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz Histórica de Auditoría y en las auditorías previas:

La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:	Si	No	N/A
¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber tendencias de N/C repetitivas.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

Aunque se han repetido las cláusulas de las no conformidades estas han sido diferente requisito incumplido

Efectividad del sistema de gestión: Registrar los resultados de la revisión aquí.

Objetivos y Metas	Meta	2015	Comentarios
Coordinación General de Salud			
Lograr anualmente la satisfacción del usuario entre bueno y excelente al 90% global en los servicios de consulta externa, ventanillas de recepción y trámites y enfermería.	90%	94% Consulta externa 97% ventanillas de recepción y trámites 98.8% Enfermería	Resultados Enero-Mayo 2015
Lograr durante el 2015 la actualización del 20 % del personal médico y administrativo en trato al público y calidad en el servicio de la consulta de primer contacto.	20%	10%	
Incrementar en un 15% el número de usuarios registrados en el sistema de solicitud de citas médicas vía web durante 2015	15%	22%	
Facultad de Medicina (FMED)			
Incorporar anualmente a los programas de auto cuidado al 80% de los alumnos de nuevo ingreso de FMED detectados en riesgo	80%	Se cumplieron en 2014	Mejorar el enfoque del objetivo
Facultad de Química (FQUI)			
No exceder anualmente del 0.36% los servicios no conformes en el total de estudios de laboratorio.	0.36%	0 a 0.76%	Se promedia los meses sin actividad, Mejorar enfoque

Mantener anualmente el nivel de excelencia de acuerdo a los criterios establecidos por el Programa de Evaluación Externo de Aseguramiento de la Calidad (PACAL), en todas las áreas de laboratorio de análisis clínicos.	Nivel de excelencia	8 áreas reportan excelencia 1 el nivel muy bueno	Cumple de acuerdo a los criterios establecidos por el PACAL.
Mantener anualmente la satisfacción del usuario, en pacientes al 95% y en médicos al 85% entre bueno y excelente.	95% pacientes y 85% médicos	97.13% pacientes y 100 %médicos	La medición corresponde del ciclo de Enero a Julio 2015
Operar anualmente con un 90% de satisfacción del usuario médico, al menos uno de los estudios de laboratorio que son subrogados.	90% de satisfacción	100%	La medición corresponde del ciclo de Enero a Julio 2015
Difundir ante la sociedad los servicios que ofrece el laboratorio, mediante la realización anual, de al menos tres actividades de promoción.	3 actividades de promoción	0	Se tiene calendarizado una actividad para el viernes 4 de septiembre del año en curso
Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)			
Lograr anualmente el 70% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios de préstamos de instalaciones y equipo de Laboratorio de Zoología	70%	84.1%	Resultado Enero-Abril 2015
Mantener anualmente el 98% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos por el Herbario .	98%	100%	Resultado Enero-Abril 2015
Alcanzar anualmente el 95% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos de préstamos de instalaciones y materiales y equipos del Laboratorio de Docencia .	95%	90.3%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 76% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios del área de Colecciones Zoológicas .	76%	91%	Resultado Enero-Abril 2015
Mantener anualmente el 98% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Nutrición Animal .	98%	75%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 80% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el laboratorio de Reproducción Animal .	80%	89.2%	Resultado Enero-Abril 2015
Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Unidad Biomédicas (CIRB)			
Mantener anualmente un promedio de satisfacción de los usuarios en un 92% en el nivel de excelente.	92%	96.4%	Resultados enero-abril 2015
Mantener anualmente el nivel de satisfacción en el desempeño analítico	80 %	85.5%	El Programa de evaluación externa de calidad es del CoNaQuic

del programa de evaluación externa de la calidad en un 80%			
Facultad de Enfermería			
Mantener anualmente el 93% de satisfacción anual del usuario en el nivel de excelente y bueno.	93%	94%	Primer semestre 2015

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/29/2015

Hora: 8:30

Reunión de cierre: Fecha: 10/01/2015

Hora: 16:00

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Gabriela Alonso Salomón	QFB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sandra Luz Villegas Pérez	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Martha L. Mena Reynoso	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Graciela Pastrana	Coordinación Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irma López Chunab	Bibliotecas CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Medina Campoy	Bibliotecas Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilda Novelo Pérez	Biblioteca Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yolanda L. López	Secretaría General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Julieta Guzmán	Coordinación de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Raúl García Velarde	CIR Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Julieta Guerrero	Directora FEDU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Carola Salas Ortegón	Directora FENF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paulina Martínez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fernanda Gasca	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Said Cárdenas	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Daniel Barroso	Capacitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lizbeth Estrada	Finanzas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gabriel Paredes	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sally López	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pamela Pereyra	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wendy Montejo	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mildred Avilés	Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erik Polanco	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carlos Mojica	Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramón Peniche	F. Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zulema Cantillo	F. Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Marco Torres	CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guillermo Storey	F. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsy Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alberto Arellano	Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Luis Villamil	Secretario General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Williams	Rector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yheny López	F. Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorena Gamboa	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Fac. Enfermería - Lab. de Habilidades	Fechas de Auditoría: 29-SEP-15 - 02-OCT-15 6.0 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 90 S/N entre 59x59 A espaldas del Hospital O'Horán Mérida, México	Equipo Auditor: Abel Hernandez Aimee Avila Delgado Guillermo Pisanty Marin
		Número total de empleados: 1 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Init / RC	Vigilancias					QMS	Cláusulas																							
Init / RC	6	12	18	24	30																									
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Resultados de Auditoría Actuales																								
Procesos						4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5		
A	A	A	R			Provisión de servicios	A	A	A					A	A	A	A	A					A		A	A				
A		A	R			Calibración de equipo de medición	A	A							A								A							
A		A	R			Control de producto No Conforme	A	A																	A	A				
A		A	R			Medición de satisfacción del usuario	A	A	A	A															A					
A		A	R			Revisión por la Dirección	A	A	A	A	A	A	A	A											A		A	A		
A		A	R			Auditorías Internas	A	A																A	A					
A		A	R			Acciones de mejora	A	A																A			A			

Matriz Histórica de Auditoría

Instrucciones: Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para el **ciclo** actual de auditoría, señalar en esta tabla las cláusulas auditadas **en cada auditoría** y el total de no conformidades por cláusula.

Cláusulas SGS/TS	Turnos Auditados			4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5					
	1	2	3																												
Renovación	X				2-I									2-I			1-I			3-I 2-M	1-I		1-I								
S6																															
S12	X				1-I															2-I 1-I* 1-M*	1-I*					1-I					
S18																															
S24																															
S30																															
Renovación																															
Total N/C por Cláusula:					3									2			1			7	1		1			1					

*Se mantiene en proceso

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia – Colocar una “X” en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).

Nota: Cuando se auditan todos los turnos, se debe dar énfasis a los procesos de manufactura y/o provisión del servicio.

Nombre de la Compañía: Universidad Autónoma de Yucatán
46415

Número de Certificado: _____

Con el fin de asegurar una planeación apropiada de auditoría favor de completar esta forma y enviarla al Auditor Líder; así el plan de auditoría puede ser desarrollado con rutas potenciales de auditoría claramente comunicadas para su auditoría.

1. En especial asegúrese de proveer la siguiente información:

a. Identificar los métricos de desempeño clave del Sistema de Gestión.

Favor de identificar el desempeño en relación a los objetivos y metas clave, para permitir al equipo auditor identificar y comunicar apropiadamente rutas de auditoría que puedan ser seguidas durante la misma.

b. Identificar cambios críticos al Sistema de Gestión.

Cualquier cambio al Sistema de Gestión que pueda tener un efecto en el status de la certificación debe ser identificado. Con base en la naturaleza del cambio, la dinámica del equipo auditor podría necesitar ajustarse.

c. Identificar cambios en el número de empleados.

Un cambio en el número de empleados, o bien en el estatus de los empleados (tiempo completo a contratistas, etc) puede tener efecto en la duración de auditoría. Esto necesita ser identificado antes de la realización de la actividad de auditoría.

2. El plan de auditoría abarcará áreas relevantes relacionadas a:

- a. Declaración de alcance
- b. Unidades funcionales y procesos dentro del alcance de auditoría
 - Unidades Organizacionales y/o funcionales aplicables a esta auditoría
 - Proceso(s) de realización del producto o servicio principales a ser auditados durante esta auditoría
- c. Normativa y exclusiones
- d. Auditoría a los turnos en cada sitio a ser incluidos en la Agenda Auditoría
- e. Objetivos/propósito de la auditoría
- f. Otros criterios de auditoría y documentos de referencia (ejem. Manual del cliente)
- g. Asignación de recursos adicionales para áreas críticas de la auditoría (si aplica)
- h. Idioma de trabajo y del reporte de la auditoría
- i. Arreglos logísticos (traslados, instalaciones en el sitio, etc.)

3. Verificar el formato de Planeación de Auditoría en relación a la Carta de Confirmación

La carta de confirmación enviada con este formato identifica el estatus del Sistema de Gestión como está registrado en la base de datos de ABS-QE. Favor de revisarlo para asegurar que la información esta correcta y actualizada. Listar cualquier cambio en este formato si la información es incorrecta. Número de empleados, nombre de los sitios, dirección del sitio, son solo algunos ejemplos.

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46415

1. Favor de adjuntar la documentación que identifique la secuencia e interacción de los procesos identificados de su Organización. (**Únicamente SGC** - Referencia ISO 9001, Sección 4.2.2.c)

2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño Interno de métricos			
Objetivos y Metas	Valor Pretendido	Resultado Actual	Comentarios
Coordinación General de Salud			
Lograr anualmente la satisfacción del usuario entre bueno y excelente al 90% global en los servicios de consulta externa, ventanillas de recepción y trámites y enfermería.	90%	94% Consulta externa 97% ventanillas de recepción y trámites 98.8% Enfermería	Resultados Enero-Mayo 2015
Lograr durante el 2015 la actualización del 20 % del personal médico y administrativo en trato al público y calidad en el servicio de la consulta de primer contacto.	20%	10%	
Incrementar en un 15% el número de usuarios registrados en el sistema de solicitud de citas médicas vía web durante 2015	15%	22%	
Facultad de Medicina (FMED)			
Incorporar anualmente a los programas de auto cuidado al 80% de los alumnos de nuevo ingreso de FMED detectados en riesgo	80%	Se cumplieron en 2014	Como se realizan a los alumnos de nuevo ingreso y las clases recién comienzan, nos encontramos en la fase de mediciones y captura de la información
Implementar al menos 10 acciones preventivas documentadas en el SGC-FMED en 2014	10 acciones preventivas	En el 2014 se cumplieron las 10 acciones documentadas,	En proceso de documentación las de 2015
Reducir a 15 días hábiles la respuesta administrativa a las solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo del SGC- FMED en 2014	Reducir 15 días hábiles	Analizando la medición	Actualmente estamos analizando si mantenemos este objetivo
Facultad de Química (FQUI)			
No exceder anualmente del 0.36% los servicios no conformes en el total de estudios de laboratorio.	0.36%	0.36%	La medición corresponde del ciclo de Enero a Julio 2015
Mantener anualmente el nivel de excelencia de acuerdo a los criterios establecidos por el Programa de Evaluación Externo de Aseguramiento de la Calidad (PACAL), en todas las áreas de laboratorio de análisis clínicos.	Nivel de excelencia	8 áreas reportan excelencia 1 el nivel muy bueno	De acuerdo a los criterios establecidos por el PACAL.
Mantener anualmente la satisfacción del usuario, en pacientes al 95% y en médicos al 85% entre bueno y excelente.	95% pacientes y 85% médicos	97.13% pacientes y 100 %médicos	La medición corresponde del ciclo de Enero a Julio 2015

Operar anualmente con un 90% de satisfacción del usuario médico, al menos uno de los estudios de laboratorio que son subrogados.	90% de satisfacción	100%	La medición corresponde del ciclo de Enero a Julio 2015
Difundir ante la sociedad los servicios que ofrece el laboratorio, mediante la realización anual, de al menos tres actividades de promoción.	3 actividades de promoción	0	Se tiene calendarizado una actividad para el viernes 4 de septiembre del año en curso
Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)			
Lograr anualmente el 70% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios de préstamos de instalaciones y equipo de Laboratorio de Zoología	70%	84.1%	Resultado Enero-Abril 2015
Mantener anualmente el 98% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos por el Herbario .	98%	100%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 98% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Análisis Clínicos .	98%	100%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 95% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Bacteriología .	95%	100%	Resultado Enero-Abril 2015
Alcanzar anualmente el 95% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos de préstamos de instalaciones y materiales y equipos del Laboratorio de Docencia .	95%	90.3%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 90% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Inmunología .	90%	100%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 87% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Parasitología .	87%	95%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 80% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Patología	80%	86%	Resultado Enero-Abril 2015
Lograr anualmente el 76% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios del área de Colecciones Zoológicas .	76%	91%	Resultado Enero-Abril 2015
Mantener anualmente el 98% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente y bueno en los servicios ofrecidos por el Laboratorio de Nutrición Animal .	98%	75%	Resultado Enero-Abril 2015

Lograr anualmente el 80% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente en los servicios ofrecidos por el laboratorio de Reproducción Animal .	80%	89.2%	Resultado Enero-Abril 2015
Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Unidad Biomédicas (CIRB)			
Mantener anualmente un promedio de satisfacción de los usuarios en un 92% en el nivel de excelente.	92%	96.4%	Resultados enero-abril 2015
Mantener anualmente el nivel de satisfacción en el desempeño analítico del programa de evaluación externa de la calidad en un 80%	80 %	85.5%	El Programa de evaluación externa de calidad es del CoNaQuic
Facultad de Enfermería			
Mantener anualmente el 93% de satisfacción anual del usuario en el nivel de excelente y bueno.	93%	94%	Primer semestre 2015

3. Listar los detalles como sea aplicable para los siguientes puntos. Favor de adjuntar información adicional como sea necesario en relación a cambios en los indicadores de desempeño clave.														
3-1 Número total de quejas clientes desde la última auditoría:	CGS: 20 FMED: 0 FQUI: No se ha registrado ninguna durante el período Enero a Julio 2015. CCBA: 3 CIRB: 0 FENF: 2													
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	CGS: La cita realizada por vía teléfono no fue registrada, la actitud de Médico de trámites fue descortés y el personal de enfermería tarda mucho en atender al paciente. FMED: 0 FQUI: Se ha recibido felicitaciones en referencia al buen trato de los químicos, al momento de la toma de muestras de los pacientes. CCBA: Reparar los climas del laboratorio, adecuar las sillas del laboratorio por las que se puedan graduar y CIRB: Sugieren adecuar un espacio cómodo y funcional a la caja. FENF: En 2 prácticas el material no llegó a tiempo y no designaron un espacio, perdiendo 30 minutos en prácticas.													
3-3 Situaciones internas de desempeño	CGS: Periodo reportado de número de consulta del 1/enero/2015 al 20/agosto/2015 <table border="1" style="margin: 5px 0;"> <thead> <tr> <th>Medicina Pediátrica</th> <th>Medicina General</th> <th>Medicina Interna</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9,588</td> <td>21,208</td> <td>2,528</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="margin: 5px 0;"> <thead> <tr> <th>Nutrición</th> <th>Odontológica</th> <th>Consultas en el periodo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>966</td> <td>2,528</td> <td>36,818</td> </tr> </tbody> </table> FMED: Servicios no conformes, satisfacción de usuario y pacientes atendidos. FQUI: Rotación continua del personal y capacitaciones al personal administrativo y de laboratorios. Los resultados del PACAL en el área de inmunología han presentado una leve disminución en cuanto al desempeño, la cual se presentó por situaciones relacionadas con problemas técnicos de los equipos, y aspectos sociales ajenos al laboratorio (huelga del personal administrativo de la		Medicina Pediátrica	Medicina General	Medicina Interna	9,588	21,208	2,528	Nutrición	Odontológica	Consultas en el periodo	966	2,528	36,818
Medicina Pediátrica	Medicina General	Medicina Interna												
9,588	21,208	2,528												
Nutrición	Odontológica	Consultas en el periodo												
966	2,528	36,818												

	Universidad). Así mismo las actividades de difusión se han postergado por el cambio de responsable del Laboratorio. CCBA: Incremento de la matrícula de usuarios de los laboratorios.															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área/ laboratorio</th> <th>No. solicitudes</th> <th>No. servicios</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td> <td>1133</td> <td>4251</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tipos y número de Usuarios atendidos</td> </tr> <tr> <th>Estudiantes</th> <th>Investigadores</th> <th>Externos</th> </tr> <tr> <td>3782</td> <td>157</td> <td>312</td> </tr> </tbody> </table>	Área/ laboratorio	No. solicitudes	No. servicios	11	1133	4251	Tipos y número de Usuarios atendidos			Estudiantes	Investigadores	Externos	3782	157	312
	Área/ laboratorio	No. solicitudes	No. servicios													
	11	1133	4251													
	Tipos y número de Usuarios atendidos															
Estudiantes	Investigadores	Externos														
3782	157	312														
CIRB: Análisis más frecuentes realizados en lo que va del año en curso (ene-jun= 207 pacientes), Biometría Hemática= 44.9 % Subpoblación linfocitos CD4/CD8= 29.4%, Química sanguínea= 24.1%																
FENF: Capacitaciones a los nuevos integrantes del SGC. Solicitudes de usuarios internos en instalaciones: 1,354. Solicitudes de usuarios internos en aulas de clases: 45. Solicitudes de usuarios externos: 0																
3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS	Manejo de RPBI															

4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)							
Debe de proveer número de empleados para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para esta auditoría. (El Certificado está disponible en línea en www.abs-qe.com . Click en QENetCert)							
Sitio	Total de empleados	Primer turno	Segundo turno	Sitio	Total de empleados	Primer turno	Segundo turno
CCBA - Laboratorio de Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	1	1	0	CCBA - Herbario Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0
CCBA- Laboratorio de Patología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0	CCBA - Laboratorio de Zoología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0
CCBA- Laboratorio de Bacteriología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	1	1	0	CCBA- Colecciones Zoológicas Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0
CCBA- Laboratorio de Parasitología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0	CCBA- Laboratorio de Reproducción Animal Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0
CCBA- Laboratorio de Inmunología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	2	2	0	CCBA- Laboratorios de Docencia (3) Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	4	4	0
CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	4	4	0	Coordinación General de Salud Calle 43 x 76 y 78 s7n col centro	54	34	20
FQUI- laboratorio de Análisis Clínicos	15	15	0	CIRB - Área de apoyo al	10	10	0

Calle 43 núm. 613 entre 90 Col. Inalámbrica.				diagnóstico clínico. Calle 96 S/N x Ave. Jacinto Canek y calle 47 Paseo de las Fuentes			
FENF- Laboratorio de Habilidades Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	7	4	3	FMED-Unidad Cardiometabólica Av. Itzáes No. 486 x 59-A y 86	6	6	0
FMED-Laboratorio de Análisis Clínicos Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	5	5	0	FMED-Unidad de rehabilitación Calle 100 x 43 No. 613 Col. Inalámbrica	3	3	0
FMED-Laboratorio de Imagenología Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	3	3	0	FMED-Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	8	8	0
FMED-Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	12	12	0				

5. Información de turnos

Nombre del sitio	FQUI- Laboratorio de Análisis Clínicos		Nombre del sitio	Coordinación General de Salud	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:30	15:30
Vespertino	15:00	19:00	Vespertino	14:00	20:00
Nombre del sitio	CCBA - Laboratorio de Análisis Clínicos		Nombre del sitio	CCBA – Herbario	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Patología		Nombre del sitio	CCBA - Laboratorio de Zoología	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Bacteriología		Nombre del sitio	CCBA- Colecciones Zoológicas	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Parasitología		Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Reproducción Animal	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Inmunología		Nombre del sitio	CCBA- Laboratorios de Docencia (3)	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal		Nombre del sitio	CIRB - Área de apoyo al diagnóstico clínico.	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	16:00

Nombre del sitio	FMED-Unidad Cardiometabólica		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Análisis Clínicos	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Imagenología		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	FMED-Unidad de rehabilitación		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	FENF - Laboratorio de Habilidades				
Turno	Hora de inicio	Hora de término			
Matutino	8:00	16:00			
Vespertino	16:00	20:00			

6. Cambios al alcance de certificación En caso de cambios en éste sección, favor de comunicarlo a su ejecutiva de Servicio a Cliente.

<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad
<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)
<input type="checkbox"/>	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)	<input type="checkbox"/>	Otros

Detalles del cambio:

NA

7. Listar las fechas de cualquier auditoría interna y revisiones por la dirección desde la última auditoría de ABS, incluyendo cualquier acción significativa o acciones correctivas

Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
13 de julio de 2015	<p>CGS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los procesos a considerar en la nueva reestructuración del SGC. Análisis del costo beneficio de la operación del SGC.
29 de diciembre de 2014	<p>CCBA</p> <ul style="list-style-type: none"> Asignar a un personal de intendencia para los laboratorios de docencia. Revisar la carga docente de los técnicos académicos para balancear actividades con el SGC. Ver dentro de la misma universidad los programas y opciones de capacitación.
16 de diciembre de 2014	<p>FQUI</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento a los objetivos de Calidad 2014 y Modificación y seguimiento a los objetivos de Calidad 2015. Brindar capacitación a todo el personal del laboratorio clínico. Dar seguimiento a la revisión y actualización de los documentos del SGC (Procedimientos, Instructivos y Formatos).

	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a las acciones correctivas derivadas de las auditorías externa e interna. • Revisión de los reactivos que integran las encuestas de satisfacción de los usuarios y médicos.
25 de noviembre de 2014	<p>CIRB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar las acciones de difusión del AADC- CIR como proveedor de servicios de laboratorio de calidad, por diversas vías, principalmente a través de los medios electrónicos. • Incluir en la próxima Revisión de la Dirección los resultados que se obtienen de las encuestas finales de satisfacción del cliente.
25 de mayo de 2015	<p>CIRB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer un sistema de información de pruebas de diagnóstico, de cada una de las unidades de diagnóstico incluidas en el SGC. • Continuar con los trámites de los requisitos necesarios para cumplir con las acciones de mejora.
03 de diciembre de 2014	<p>FMED</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una reunión informativa con los miembros del Comité de Calidad acerca de los resultados de la Revisión de la Dirección. • Informar a la Secretaría Administrativa las necesidades relacionadas con infraestructura, mantenimientos, tiempos de respuesta etc., manifestadas por los Responsables de los laboratorios en la revisión de la Dirección.
07 de noviembre de 2014	<p>FENF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el calendario de Reuniones de Revisión de Dirección. • Elaborar el Programa anual de Auditorías Internas 2015. • Reestructuración final de los Objetivos de Calidad de la Facultad de Enfermería. • Documentar acciones de mejora derivado del análisis de datos de las encuestas de Satisfacción del Usuario del segundo semestre de 2014. • Revisión y actualización de los Indicadores de Calidad. • Revisión documental de procedimientos para establecer acciones de mejora. • Implementar Auditorías Internas de 5 S + 1 mediante un Comité específico. • Llevar a cabo dos sesiones anuales para difundir el SGC al personal y estudiantes de nuevo ingreso
06 de julio de 2015	<p>FENF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y reestructuración de Encuestas de Satisfacción del Usuario. • Revisar y actualizar Indicadores de los procedimientos.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
25 al 29 de mayo 2015 Folio AI15-CCBA-01	AC15-CCBA-CC-01, AC15-CCBA-LD-02, AC15-CCBA-LD-03, AC15-CCBA-LD-04, AC15-CCBA-SAD-01 y AC15-CCBA-LNA-01.
18 al 24 de noviembre 2014 Folio AC14-FQUI-01	AC14-FQUI-LAC-09, AC14-FQUI-LAC-10 y AC14-FQUI-LAC-11
15 al 27 de abril 2015 Folio AI15-ADMC-01	CGS: No tuvo ninguna no conformidad.
11al 19 de Noviembre 2014 Folio AI14-FMED-02	AC14-FMED-LIMAG-01 AC14-FMED-LIMAG-02 AC14-FMED-LD-01 AC14-FMED-LD-02 AC14-FMED-DMDR-02 AC14-FMED-DMDR-03 AC14-FMED-DMDR-04 AC14-FMED-DMDR-05 AC14-FMED-LAC-01 AC14-FMED-LAC-02 AC14-FMED-LAC-03

	AC14-FMED-CC-06 AC14-FMED-CC-07
18 al 30 de junio 2015 Folio A115-FMED-01	AC15-FMED-LEEN-01 AC15-FMED-LEEN-02 AC15-FMED-LFIS-01 AC15-FMED-LFIS-02 AC15-FMED-LD-01 AC15-FMED-LD-02 AC15-FMED-LEIP-01 AC15-FMED-LEIP-02 AC15-FMED-LCETQ-01
25 al 29 de mayo 2015 Folio A115-FENF-01	LH: No tuvo ninguna no conformidad.
15 al 19 de junio de 2015 Folio A115-CIRB-01	AC15-CIRB-AADC-01

8. Equipo de Protección Personal Requerido	<p>FQUI: Bata de laboratorio, lentes de seguridad, zapatos cerrados, cabello recogido.</p> <p>CCBA: Bata larga para laboratorio, pantalón largo, calcetines y zapatos cerrados.</p> <p>CIRB: Uso de bata de laboratorio y se recomienda el uso de zapatos cerrados.</p>
---	--

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.

FQUI: NOM-087-ECOL-SSA1-2002 y NOM-007-SSA3-2011

CGS: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

CIRB: Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares; COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Responsabilidad Sanitaria; NOM-010-SSA2-2010 Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Manual de consejería en VIH/Sida e ITS; PRODEMEFA Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Requisitos para adopción.

FENF-LH: NOM-087-ECOL-SSA1-2002 sobre el Manejo de RPBI

Para todos los laboratorios de CCBA: M-CCBA-CC-01 Manual para el manejo de Residuos Peligrosos (RP) del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA) que refieren las NOM-087-ECOL-SSA1-2008, NOM-052-SEMARNAT-2005 y NOM-054-SEMARNAT-1993

CCBA - CZOO: Ley General de Vida Silvestre, Artículo 78; Reglamento de la Ley General de Vida Silvestre, Artículos, 123 y 131; Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Artículos 87, Párrafo Quinto y 97; Artículo 123, Reglamento de la Ley General de Vida Silvestre; NOM-126-SEMARNAT-2000, Capítulo 5. Especificaciones, por la que se establecen las especificaciones para la realización de actividades de colecta científica de material biológico de especies de flora y fauna silvestres y otros recursos biológicos en el territorio nacional. (publicado) en el Diario Oficial de la Federación el 20/03/2001); NOM-059-SEMARNAT-2010-PROFEPA.

CCBA - PAT: NOM-033-ZOO-1995 Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres

FMED - LMP: NOM-04-SSA3-2012 Del expediente clínico, Norma Técnica 313. Para la presentación de proyectos de investigación e informes técnicos de investigación en las instituciones de salud.

FMED -LEIP: NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo; NOM-052-SEMARNAT-2005 Procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

FMED -LAC: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

FMED -LIMAG: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-208-SSA1-2002, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. PARA LA PRÁCTICA DE LA ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

FMED - Unidad de Rehabilitación: Reglamento General de la Unidad Universitaria de Rehabilitación (UUR)

FMED - UC: NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias; NORMA OFICIAL

MEXICANA NOM-043-SSA2-2005, SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MATERIA ALIMENTARIA. CRITERIOS PARA BRINDAR ORIENTACIÓN; MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes; NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; 11-28-94 NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

10. Contestar por clientes que realizan proyectos fuera de sitio que están incluidos dentro del Alcance de Certificación (por ejemplo: construcción, Administración de proyectos, etc).

Número total de proyectos activos:								
Tipo de Proyecto	Ciudad, Estado	Actividades	Número total de empleados	Fechas de Proyecto	¿Se administran Sub contratistas en el sitio?	¿Aplican requerimientos específicos de cliente?	¿Se utiliza equipo que requiere licencia?	¿Aplican requerimientos legales / regulatorios?
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N

Representante del cliente: Paulina Martínez Navarrete **Fecha:** 28 de Agosto de 2015

Para uso exclusivo del Auditor Líder de ABS:

¿El número de empleados fue proporcionado para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para ser auditado?.

Si No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar al cliente para conocer el número de empleados.

¿El número de empleados provisto concuerda con el número de empleados listado en la Carta de Confirmación?

Si No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar a la oficina de ABS QE para recibir instrucciones.

ABS QE Auditor Líder: Abel Hernandez

Fecha: Septiembre 29 2015

Plan de Auditoría No: QE - 46415 - 2/12 – S

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente:

13 Sep 015

Equipo Auditor:

Abel Hernandez - Auditor Líder,
Aimee Avila Delgado
Guillermo Pisanty Marin

Contacto: Paulina Martinez

Tel: 52 999 9231495

Fechas de Auditoría: 09/29/2015 - 10/02/2015

Duración de auditoría: 6.0 día(s) auditor
5.0 días + 1.0 día de revision de nc´s donde apliquen
Número total de empleados: 22

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Código(s) IAF/NACE: 35/74.1 35/74.8

Alcance de Certificación: *Provision of human health services. Provision of laboratory services and provision of infrastructure and laboratory equipment loan services*

Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

Auditor	Mar 29		Mie 30		Jue 1		Vie 2	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Abel Hernández (AH)	Fac Enfermería Rev. Dir Aud. Int. AC,AP	Fac Quimica Rev. Dir Aud. Int. AC,AP	Coor. Gral de Salud Fac. Medicina Rev. Dir Aud. Int. AC,AP	Centro de Inv. Regional. Rev. Dir Aud. Int. AC,AP	CCBA- Laboratorio de Docencia Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Actividad(es): Equipment and infrastructure loan	CCBA- Laboratorio de Herbario Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Actividad(es): Herbal collection	CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Laboratory services	CCBA- Laboratorio de Zoología (Vertebrados) Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Equipment and infrastructure loan
Aimee Ávila (AA)							CCBA- Laboratorio de Colecciones Zoológicas Carretera Xmatkuil Km. 15.5	Revisión de NC de la auditoria anterior CCBA-3 NC
Guillermo Pisanty (GP)								Fac. Enfermería - Lab. de Habilidades

								Equipment and infrastructure loan
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>		
Auditores	Abel Hernández	Aimé Avila	Guillermo Pisanty
29Sep 8:00	Llegada		
8:30 - 09:00	Reunión de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS) (Reunión de Apertura para todos los proyectos)		
9:00 - 10:30	Traslado y Revisión documental procedimientos Objetivos y Metas Fac. Enfermería Administración del SGC Auditorías Internas Acciones Correctivas + Revisión de 1 NC ABS Revisión Directiva aplicable		
10:30- 12:30			
12:30-13:30	Comida		
13:30 – 15:30	Fac. Química Administración del SGC Auditorías Internas Acciones Correctivas + Revisión de 5 NC ABS Revisión Directiva aplicable		
15:30 – 16:00	Junta resumen		

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>		
Auditores	Abel Hernández		
30Sep 8:00	Traslado y Llegada		
8:-30 - 10:30	<u>Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" Unidad Biomédicas</u> Administración del SGC , Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Revisión Directiva		
10:30 a 12:30	Facultad de Medicina: Administración del SGC , Auditorías Internas, Acciones Correctivas ABS (4 NC), Revisión Directiva		
12:30-13:30	Comida		
13:30 – 15:30	Coordinación General de Salud Administración del SGC: Acciones Correctivas (Revisión Gerencial y Auditorias aplican en Adm Central)		
15:30 – 16:00	Junta resumen		

Día/Hora	Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas
Audidores	Abel Hernández
01Oct 8:00	Llegada y Traslado
9:-00 - 10:30	Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA) Administración del SGC, Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Revisión Directiva
10:30 -12:30	Laboratorio de Docencia Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Control de equipo de seguimiento y medición (préstamo de equipo de laboratorio), control de producto no conforme, Medición de la satisfacción del cliente
12:30-13:30	Comida
13:30 – 15:30	Laboratorio de Herbario Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Control de equipo de seguimiento y medición control de producto no conforme, Medición de la satisfacción del cliente
15:30 – 16:00	Junta resumen

Día/Hora	Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas		
Audidores	Abel Hernández	Aime Avila	Guillermo Pisanty
02Oct 8:00	Llegada y Traslado		
9:-00 - 11:00	Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA) Laboratorio de Nutrición Animal Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Servicios de Laboratorio Control de equipo de seguimiento y medición control de producto no conforme, Medición de la satisfacción del cliente	Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA) Laboratorio de Colecciones Zoológicas Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Pruebas de laboratorio y Préstamo de equipo para uso de investigación o fines didácticos. Identificación y control del proceso	Fac. Enfermería - Lab. de Habilidades Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Control de equipo de seguimiento y medición (préstamo de equipo de laboratorio), control de producto no conforme, Medición de la satisfacción del cliente)
11:00 – 13:00	Laboratorio de Zoología (Vertebrados) Procesos relacionados con los clientes (usuarios) Realización del Servicio: Control de equipo de seguimiento y medición (préstamo de equipo de laboratorio), control de producto no conforme, Medición de la satisfacción del cliente	Revisión de NC de la auditoria anterior CCBA-3 NC	
13:00 – 13:30	Junta de Resumen		

13:30 – 14:30	Alimentos y Traslados
14:30 – 16:00	Reunión de Auditores y desarrollo de reporte
16:00 – 16:30	Junta de Cierre

Nota: Un auditoría de certificación de sistemas de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal o una auditoría de certificación de producto.

Nota: El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.

Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos

Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría

Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escorta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar el Equipo de Protección Personal requeridos en sitio

Favor de tener copias disponibles para cada uno de los auditores de lo siguiente:

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos / operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).

Instrucciones para el envío de acciones correctivas

1. Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
2. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder y auditservices@abs-qe.com** para clientes en **USA y Canadá.**
3. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder para Oficinas Internacionales.**
4. **Para auditorías de Re-Certificación las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas a tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica, antes de la expiración del Certificado.**

SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)

EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)

Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001

- Se requiere que las respuestas a las no conformidades sean enviadas a ABS QE dentro de los **60** días contados desde el último día de la auditoría.
- Las acciones correctivas enviadas deben incluir:
 1. Respuestas de acción correctiva, incluyendo:
 - a. Evidencia objetiva de las actividades de contención/corrección, como sea aplicable.
 - b. Resultados de la investigación de la causa raíz.
 - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia; y
 - d. Fechas de implementación.
 2. Evidencia objetiva de implementación de Acciones Correctivas para todas las No conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.
 3. Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, evidencia de que las actividades de acción correctiva consideraron a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable.

Referencia a la Sección 9.1.15 b de ISO 17021, las No Conformidades Mayores requieren que la corrección y las acciones correctivas sean revisadas, aceptadas y la efectividad haya sido verificada; y la sección 9.1.12 (Nota): donde sea necesario la verificación de la efectividad de la corrección y de la acción correctiva puede realizarse con la revisión de la documentación provista por el cliente, o cuando sea necesario, a través de la verificación en sitio.

Proceso de Apelación de ABS QE:

Cualquier cliente puede disputar cualquier decisión realizada por ABS QE e iniciar una queja contra la decisión. Tales quejas deben ser por escrito y serán sujetas al procedimiento de ABS QE para el manejo de apelaciones y disputas, QE-CRT-400. Apelaciones deben ser enviadas dentro de los **10 días hábiles** de la emisión del reporte. La presentación, investigación y decisiones sobre las apelaciones no resultarán en ninguna acción discriminatoria en contra del apelante

Requisición de Acción Correctiva				Núm. 1
46415 - 2/12 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Item No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
46415-2/12-S	4.2.3	1	<p>Requerimiento: ISO9001:2008 establece: b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente, f) asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución</p> <p>No conformidad: En uno de cinco documentos revisados aleatoriamente con referencia a documentos de origen externo no se cumple con la actualización y control requeridos</p> <p>Evidencia: Lab. De nutrición animal La instrucción de análisis para Materia Seca: I-CCBA-LNA-01 Refiere la normativa: NMX-Y-098-SCFI-2001 Determinación de humedad de alimentos terminados e ingredientes para animales La revisión actual: NMX-Y-098-2012.</p> <p>Nota: Se consideró menor ya que no hay evidencia de falla de servicio, derivada de este hallazgo.</p>	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

--	--	--	--

Requisición de Acción Correctiva Núm. 2												
46415 - 2/12 - S												
Auditoría. No.	Cláusula No.	Item No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor								
46415-2/12-S	7.5.1	1	<p>Requerimiento: ISO9001:2008 establece: Llevar a cabo la realización del servicio bajo condiciones controladas. La CCBA establece como control P-CCBA-LD-01 programación y preparación del laboratorio para la realización de la practica Política: 3.5 Establece que con una semana de anticipación debe notificarse el cambio de la practica No conformidad: En 3 practicas programadas, no se cumple con las políticas establecidas.</p> <p>Evidencia: Lab. De Docencia</p> <table border="1"> <tr> <td>No de practica</td> <td>Título de practica</td> </tr> <tr> <td>Practica: 1 Sep 2015</td> <td>Evaluación de Semen Medicina Veterinaria</td> </tr> <tr> <td>Practica 30 sep 2015</td> <td>Zooplacton Estuario</td> </tr> <tr> <td>Practica. 30 Sep 2015</td> <td>Curso de identificación de macro hongos</td> </tr> </table> <p>Nota: Se consideró menor ya que no hay evidencia de falla de servicio, derivada de este hallazgo.</p>	No de practica	Título de practica	Practica: 1 Sep 2015	Evaluación de Semen Medicina Veterinaria	Practica 30 sep 2015	Zooplacton Estuario	Practica. 30 Sep 2015	Curso de identificación de macro hongos	I
No de practica	Título de practica											
Practica: 1 Sep 2015	Evaluación de Semen Medicina Veterinaria											
Practica 30 sep 2015	Zooplacton Estuario											
Practica. 30 Sep 2015	Curso de identificación de macro hongos											

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			

2.			
----	--	--	--

Requisición de Acción Correctiva Núm. 3				
46415 - 2/12 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Item No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
12-S	7.5.1	2	<p>Requerimiento: La organización debe planear y llevar a cabo la prestación del servicio bajo de condiciones controladas</p> <p>No conformidad: Condiciones controladas no efectivas.</p> <p>Evidencia: En el laboratorio de Colecciones Zoológicas no se tiene un control específico para cada ejemplar que está ingresando, para cada ejemplar que está saliendo como Préstamo.</p> <p>Tampoco el inventario que se tiene en excell identifica la especie de que se trata cada ejemplar, ni la ubicación en que se encuentra cada uno.</p>	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</p> <p>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</p> <p>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</p> <p>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</p> <p>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva Núm. 4				
46415 - 2/12 - S				
<u>Auditoría.</u> <u>No.</u>	<u>Cláusula</u> <u>No.</u>	<u>Item</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>L - Menor</u>
46415-2/12-S	8.5.2	1	<p>Requerimiento: La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.</p> <p>c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir</p> <p>No conformidad: No en todos los casos revisados se muestra evaluación de las acciones correctivas para asegurar que la no conformidad no vuelva a ocurrir</p> <p>Evidencia: Facultad de Química. Acciones derivada de servicios no conformes, no se muestras la evaluación para aplicar acciones correctivas a la raíz de la causa de errores de captura.</p>	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p><i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i></p> <p><i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i></p> <p>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</p> <p><i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p><i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i></p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p><i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i></p> <p><i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva en proceso

Requisición de Acción Correctiva Núm. 5

46415 - 2/12 - S				
<u>Auditorí</u> <u>a.</u> <u>No.</u>	<u>Clásul</u> <u>a</u> <u>No.</u>	<u>lte</u> <u>m</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categor</u> <u>ía</u> <u>M -</u> <u>Mayor</u> <u>I - Menor</u>
46415-1/36-R	7.5.1	3	<p>Requerimiento: La organización debe planificar y llevar a cabo la.... prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable: a) disponibilidad de información que describa las características del producto/servicio</p> <p>No conformidad: Información no disponible que describa las características del producto/servicio.</p> <p>Evidencia: En la Facultad de Medicina-Unidad de Rehabilitación- Laboratorio de Estimulación e Intervención múltiple, el producto/servicio es: Terapias de Estimulación e Intervención. Estimulación dirigida a niños aparentemente sanos de edad recién nacidos a tres años. Intervención temprana dirigida a niños con factor de riesgo o ya con un dx, de edad de recién nacido a 6 años o hasta 12 años. No se encontró disponible información acerca de que terapias son las que se aplican en el laboratorio. (por ejemplo: estímulo sensorio motor, de relajación muscular, masaje, I.).</p>	M

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)

Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.

Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.

Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todas los sitios aplicables?

Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ

Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.

--

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS

Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.

Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			

2.			

Requisición de Acción Correctiva Núm. 6				
46415 - 2/12 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Item No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
46415-1/36-R	7.5.1	4	Requerimiento: La organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir cuando sea aplicable: c) El uso de equipo apropiado No conformidad: Uso de equipo no apropiado Evidencia: Facultad de Medicina-Laboratorio de Análisis Clínicos En la sección de microbiología, los sensibiliscos para antibiograma lote 201010220012 para Gram + y Gram -, se encontraron con fecha de caducidad vencida a 01-junio 2012, y en uso. Menor porque su uso es muy esporádico.	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todas los sitios aplicables? Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva Núm. 7

46415 - 2/12 - S				
<u>Auditoría.</u> <u>No.</u>	<u>Cláusula</u> <u>No.</u>	<u>Item</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>I - Menor</u>
46415-1/36-R	7.6	1	Requerimiento: La Bitácora de verificación de Biometrías Hemáticas requiere: Cada cuatro meses verificar el equipo con los controles de calidad. No conformidad: Evidencia: Facultad de Veterinaria CCBA- Laboratorio de Análisis Clínicos En la Bitácora de verificación, no se encontró registrado haber verificado el equipo con los controles de calidad de Enero a Agosto 2014 y tampoco durante el 2013. No se mostró evidencia de verificación de equipo.	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)

*Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.
 Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.
 Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?
 Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.*

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ

Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.

--

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS

*Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.
 Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?*

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			